



Raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation chez les migraineux : étude qualitative sur le discours de migraineux hors d'une filières de soins

Émilie Piquet

► To cite this version:

Émilie Piquet. Raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation chez les migraineux : étude qualitative sur le discours de migraineux hors d'une filières de soins. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01005758

HAL Id: dumas-01005758

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01005758>

Submitted on 13 Jun 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE DE MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

**RAISONS DE NON CONSULTATION ET/OU DE NON SATISFACTION
DE LA CONSULTATION CHEZ LES MIGRAINEUX :**

ETUDE QUALITATIVE SUR LE DISCOURS DE MIGRAINEUX HORS D'UNE FILIERE DE SOINS.

Présentée à l'Université de Médecine de Nice et soutenue publiquement le 3 octobre 2013

Pour l'obtention du Doctorat en Médecine, Diplôme d'Etat

par

Emilie PIQUET

Née le 7 janvier 1984 à Limoges

Devant le Jury composé de :

Président de Jury :	P. PAQUIS	Professeur en Médecine
Assesseurs :	P. HOFLIGER	Professeur en Médecine
	P. THOMAS	Professeur en Médecine
Directeur de thèse :	M. LANTERI-MINET	Docteur en Médecine

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen
Assesseurs

M. BAQUÉ Patrick
M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques
M. SCALABRE Grégory

Conservateur de la bibliothèque

Mme HIZEBRY Valérie

Chef des services administratifs

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand

Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIREE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Géraud	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

*À Monsieur le **Professeur Philippe PAQUIS**,*

Vous avez bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous exprime ma gratitude et mon profond respect.

*À Monsieur le **Professeur Pierre THOMAS**,*

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de l'honneur que vous me portez en acceptant d'être juge de ce travail.

*À Monsieur le **Professeur Philippe HOFLIGER**,*

Je vous remercie de votre aide et de vos conseils. Vous avez bien voulu me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

*À Monsieur le **Docteur Michel LANTERI-MINET**,*

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant d'encadrer ce travail. Votre écoute, vos conseils et vos remarques m'ont permis de mener à bien cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour tout le temps que vous m'avez consacré.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe du *Département d'Evaluation et de Traitement de la Douleur* avec qui j'ai énormément de plaisir à travailler. Merci de votre soutien et de vos conseils.

Je tiens à remercier le *Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale* pour l'aide apportée à la réalisation de ce projet, aussi bien dans l'élaboration de mon projet de recherche que dans la formation à l'étude qualitative.

Un grand merci à l'ensemble de *mes maîtres de stage* et à *mes conducteurs de GEASP*.

Je remercie également l'ensemble des médecins avec qui j'ai travaillé.

Une pensée à *mes co-internes* et à tous mes précédent(e)s co-internes avec qui j'ai apprécié travailler, notamment *Bérengère, Saskia et Sophie*.

Une pensée également à l'ensemble de *l'Equipe Canaux ioniques et Douleur de l'Institut de Pharmacologie Moléculaire et Cellulaire (IPMC)* dirigée par Eric Lingueglia, au sein de laquelle j'ai réalisé mon projet de recherche dans le cadre de mon master 2, expérience très enrichissante autant sur le plan humain que scientifique.

Je remercie *les pharmacies* qui ont bien voulu m'aider dans ce projet.

Je remercie également *les personnes ayant accepté de participer* à cette étude et de m'avoir consacré de leur temps pour répondre à mes questions.

Un grand merci à *ma secrétaire personnelle* sans qui tout ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

A *Fred*,

A ma fille *Chiara*,

A *mes parents*,

A *mes grands-mères*,

A tout *le reste de ma famille*,

A *mes amis*.

Tout simplement **MERCI**...

Une pensée pour ceux qui me manquent.

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION	12
II-MATERIEL & METHODE	15
A-Objectif de l'étude	15
B- Type de l'étude	15
C-Population de l'étude	16
1. Recrutement des personnes interrogées.	16
2. Vérification des critères d'inclusion et de non inclusion.	16
2.1. <i>Critères d'inclusion.</i>	17
2.2. <i>Critères de non inclusion.</i>	19
D-Questionnaire quantitatif.	19
1. Recueil de données socio-démographiques et générales.	19
2. Echelle HAD.	20
3. Echelle HIT-6.	20
4. Echelle PBPI.	21
E- L'entretien.	22
F- Analyse.	23
III- RESULTATS.	24
A-Résultats quantitatifs.	24
1. Données socio démographiques.	24
2. Caractéristiques des migraines.	24
2.1. <i>Description des crises.</i>	24

2.2. <i>Retentissement de la maladie migraineuse.</i>	25
3. Description du parcours médical.	26
4. Déroulement des entretiens.	26
B- Résultats qualitatifs.	27
1. Perception de la migraine.	27
1.1. <i>Perception individuelle de la migraine.</i>	27
1.2. <i>Perception sociétale de la migraine.</i>	31
2. Les raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la prise en charge.	34
2.1. <i>Les raisons de ne jamais avoir consulté.</i>	34
2.1.1. <i>En rapport avec la perception de la maladie migraineuse.</i>	34
2.1.2. <i>En rapport avec la perception de la prise en charge de la migraine.</i>	35
2.1.3. <i>En rapport avec les éléments de vie des migraineux.</i>	39
2.1.4. <i>En rapport avec le vécu de la maladie migraineuse.</i>	39
2.2. <i>Les raisons de ne plus consulter.</i>	39
2.2.1. <i>Déception de la relation médecin-patient.</i>	39
2.2.2. <i>Découragement lié à l'échec de la prise en charge.</i>	41
2.2.3. <i>Perception et évolution de la maladie migraineuse.</i>	42
3. Les attentes.	44
3.1. <i>Les attentes vis à vis de la maladie.</i>	44
3.2. <i>Les attentes vis à vis de la prise en charge médicale.</i>	44
IV- DISCUSSION.	47
V- CONCLUSION.	57

Annexe 1 : Fiche renseignements patient	58
Annexe 2 : Echelle HAD	59
Annexe 3 : Echelle HIT-6	60
Annexe 4 : Echelle PBPI	61
Annexe 5 : Questions du guide d'entretien	62
Annexe 6 : Tableau récapitulatif des résultats quantitatifs	64
LISTE DES ABREVIATIONS	66
BIBLIOGRAPHIE	67
SERMENT D'HIPPOCRATE	70

I - INTRODUCTION.

La migraine est le modèle de la céphalée neuro vasculaire résultant d'une activation du système trigémino-vasculaire périodique favorisée par un défaut d'excitabilité cérébrale d'origine probablement génétique (10). C'est la plus fréquente des céphalées primaires, caractérisée par la répétition de crises stéréotypées se traduisant par une céphalée le plus souvent unilatérale et pulsatile associée à des nausées/vomissements, ainsi qu'à une photophobie et une phonophobie.

Son épidémiologie est très bien connue du fait des critères diagnostiques proposés par l'International Headache Society (IHS) (12) ayant permis de développer un grand nombre d'études en population générale, notamment en France. Ainsi, il a été établi que la migraine est une maladie fréquente qui touche près 12 % de la population adulte française (13), soit environ 8 millions de français. Cette prévalence s'élève même à 21 % (15) si on considère la « migraine probable », entité décrite dans la classification de l'International Headache Society (IHS) pour les céphalées remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un et justifiant d'une prise en charge médicale identique à celle de la migraine stricte selon les recommandations de bonne pratique (1) (19). L'épidémiologie a également confirmé une nette prédominance féminine avec un ratio femme/homme de 3 et une prévalence maximale dans les tranches d'âge 30-40 ans.

Cette pathologie est classée au 8^{ème} rang des maladies socialement les plus invalidantes (24) selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce classement est bien évidemment lié à sa grande prévalence, mais également au retentissement important qu'elle induit pour une proportion non négligeable de sujets qui en souffrent. En effet, la migraine s'accompagne d'un retentissement souvent majeur tant sur le plan fonctionnel (15) qu'émotionnel (16). Ce

retentissement est responsable d'une altération de la qualité de vie (6) qui existe pendant les crises mais également entre les crises du fait des conduites d'évitement que développent les migraineux de peur de présenter une crise.

En dépit de cet impact individuel et sociétal ainsi que des avancées thérapeutiques dont elle a bénéficié avec la mise sur le marché de la classe pharmacologique des triptans (17), la migraine souffre toujours d'un déficit de prise en charge. Ce déficit est souvent perçu comme un déficit de diagnostic de la part des médecins mais il dépend également d'une absence de consultation de la part des migraineux. Ainsi, selon l'étude FRAMIG 3, 80 % des migraineux français ne consultent pas pour leur migraine : 40 % n'ayant jamais consulté spécifiquement et 40 % étant sortis du système de soins après une première consultation (22). Par ailleurs, une étude réalisée sur la patientèle de médecins généralistes de la région niçoise, effectuée dans le cadre d'une thèse coordonnée par le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG), a montré que seuls 40 % des patients souffrant d'une migraine étaient connus comme tels par leur médecin traitant (5).

Cette absence de consultation (et donc de prise en charge) est bien évidemment un facteur déterminant de l'impact sociétal qu'induit la migraine. La compréhension de cet état de fait apparaît donc essentielle, mais l'approche épidémiologique quantitative classique ne s'est pas totalement révélée adaptée pour étudier les raisons de non consultation des migraineux. Cette approche, lorsqu'elle est réalisée en population générale, enferme les migraineux dans des interrogations à priori pré-établies ne permettant pas de connaître les raisons individuelles de leur absence de suivi. Ce carcan méthodologique peut être évité lorsque cette approche est réalisée en centre spécialisé de prise en charge de la migraine, mais elle souffre alors d'un biais de

représentativité des migraineux concernés. Ce biais est d'autant plus important que, du fait de ses caractéristiques, la migraine est une pathologie relevant des soins primaires (18). Il apparaît donc nécessaire d'envisager d'autres approches de recherche avec la volonté d'éviter ces biais de sélection et de colliger des données plus qualitatives que quantitatives.

Ce pré-requis nous a conduit à mettre en place une étude de recherche qualitative afin d'essayer d'identifier les raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation chez les migraineux. Ce travail repose sur une étude qualitative analysant le discours de migraineux hors d'une filière de soins, au cours d'entretiens individuels.

II - MATERIEL & METHODE.

A- Objectif de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les raisons de non consultation des migraineux n'ayant jamais été intégrés dans une filière de soins et/ou de non satisfaction de la consultation des migraineux ayant déjà consulté mais étant sortis de la filière de soins.

L'objectif secondaire est de connaître les attentes des migraineux.

B- Type d'étude :

Ce travail repose sur une **enquête descriptive qualitative** réalisée auprès de 12 migraineux sans suivi médical par un entretien individuel semi-dirigé.

Le choix d'une recherche qualitative est apparue adaptée à l'objectif principal de ce travail. En effet, la recherche qualitative (2) utilisée depuis longtemps en sciences sociales, permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et ainsi définir ou cerner les options liées à cette question. La méthode qualitative ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble de la population, étant donné que l'échantillon de la recherche n'est pas représentatif

ou n'a pas nécessairement été randomisé. Elle cherche donc à comprendre un phénomène et non pas à le mesurer comme le ferait une étude quantitative. Elle trouve actuellement sa place en recherche biomédicale, combinée ou non à la recherche quantitative. Dans le cadre de ce travail, la méthode qualitative apparaît la plus adaptée pour connaître les motifs de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation des migraineux.

C- Population de l'étude :

1. Recrutement des personnes interrogées :

Le recrutement des migraineux hors d'une filière de soins a été réalisé via des pharmacies. Il a été demandé aux responsables de 5 pharmacies de pré-sélectionner des clients migraineux attestant ne pas avoir actuellement de suivi. Les sujets pré-sélectionnés et acceptant de participer à l'étude, ont contacté par mail ou par téléphone le coordinateur de l'étude.

Du fait de la nature qualitative de l'étude, la sélection des pharmacies n'a pas reposé sur une randomisation. Elles ont été choisies afin de couvrir un secteur géographique donné à savoir celui de Beaulieu-sur-Mer et Villefranche-sur-Mer.

2. Vérification des critères d'inclusion et de non inclusion :

Les critères d'inclusion et de non inclusion ont été vérifiés, une première fois, lors du premier contact téléphonique avec les participants de l'étude, puis, une seconde fois, en début d'entretien.

2.1. Critères d'inclusion :

- Sujet âgé de plus de 18 ans.
- Sujet ayant accepté de contacter les coordinateurs de l'étude ou d'être contactés.
- Sujet souffrant de migraine avec ou sans aura au sens strict selon les critères de l'IHS (12).

Critères de la migraine sans aura IHS

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B et D.
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).
- C. Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale ;
 - pulsatile ;
 - modérée ou sévère ;
 - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers.
- D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :
 - nausées et/ou vomissements ;
 - phonophobie et photophobie.
- E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

Critères de la migraine avec aura IHS

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B et D.
- B. Aura consistant en au moins l'un des critères suivants, mais sans faiblesse motrice :
 - 1- Symptômes visuels totalement réversibles incluant des phénomènes positifs et/ou négatifs ;
 - 2- Symptômes sensoriels totalement réversibles, incluant des phénomènes positifs et/ou négatifs ;
 - 3- Troubles dysphasiques totalement réversibles.
- C. Au moins deux des caractères suivants :
 - 1- Symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensoriels unilatéraux ;
 - 2- Au moins un symptôme d'aura se développant progressivement sur > 5 minutes et/ou des symptômes différents d'auras survenant successivement sur > 5 minutes ;
 - 3- Durée de chaque symptôme > 5 minutes et < 60 minutes.
- D. Céphalée répondant aux critères B à D définissant une *migraine sans aura* qui débute pendant l'aura ou fait suite à l'aura dans un délai de 60 minutes.
- E. Non imputée à une autre pathologie.

2.2. Critères de non inclusion :

- Sujet ne répondant pas aux critères de l'IHS
- Sujet ayant un suivi médical de sa migraine

D- Questionnaire quantitatif.

Un questionnaire quantitatif a été élaboré au préalable de la sélection des migraineux afin de pouvoir caractériser l'échantillon de ces derniers. Sa finalité était de connaître la population étudiée, la sévérité et le retentissement de la maladie migraineuse dont souffraient les sujets de cette population. Ces éléments ont été considérés comme nécessaires pour pouvoir analyser les raisons de non consultation et/ou de non satisfaction des migraineux.

Les données issues de ce questionnaire quantitatif ont été colligées pour chaque sujet avant la passation de l'entretien qualitatif. Ce questionnaire quantitatif évaluait des données socio démographiques et générales, le retentissement émotionnel au travers de l'échelle HAD, le retentissement fonctionnel au travers de l'échelle HIT-6 et les représentations mentales au travers de l'échelle PBPI.

1. Recueil des données socio démographiques et générales (Annexe1)

Les données socio démographiques concernaient le sexe et l'âge des patients. Les données générales portaient essentiellement sur l'ancienneté de la maladie migraineuse et la fréquence des crises.

2. Echelle HAD (Annexe 2)

L'échelle HAD (*HAD/Hospital Anxiety and Depression scale*) explore de façon générique le retentissement émotionnel en considérant la composante anxieuse et dépressive. Cette échelle a été développée et validée, permettant d'obtenir deux scores qui, par comparaison à des scores seuils, permettent de détecter l'existence d'un éventuel retentissement émotionnel portant sur le versant anxieux et/ou dépressif (29).

Il s'agit d'un auto-questionnaire. Il comporte 14 questions, chacune ayant 4 items de réponse cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à la dimension anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores.

Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées pour dépister le retentissement anxieux et dépressif :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Cette échelle HAD a été traduite en langue française et validée (20). Cette échelle est recommandée pour l'évaluation de la douleur chronique en ambulatoire (11) ainsi que pour celle de la migraine (19).

3. Echelle HIT-6 (Annexe 3)

L'échelle HIT-6 (*HIT- Headache Impact Test*) est un outil métrologique qui a été développé et validé afin de pouvoir déterminer l'impact fonctionnel des céphalées sur la vie quotidienne des sujets céphalalgiques qu'ils soient migraineux ou non. (9) (14) (25).

Cette échelle permet ainsi d'évaluer l'impact de la migraine sur la vie quotidienne, en considérant 6 questions : les 3 premières concernant l'impact des crises migraineuses elles-mêmes et les 3 dernières concernant l'impact global de la maladie. Chaque question comprend les 5 mêmes items de réponse qui sont cotés 6, 8, 10, 11 et 13. Le score HIT-6 correspond à la somme des scores obtenus à chaque question. Si ce score est supérieur ou égal à 60, cela signifie que les céphalées ont un impact majeur sur la vie quotidienne ; un score compris entre 56 et 59, indique un impact important sur la vie quotidienne ; un score compris entre 50 à 55, montre un certain impact sur la vie quotidienne ; et un score inférieur ou égal à 49, correspond à un faible impact sur la vie quotidienne.

Cette échelle HIT-6 a été traduite en français et validée (15). Cette échelle est par ailleurs recommandée par la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées pour l'évaluation de la migraine (19).

4. Echelle PBPI (Annexe 4)

L'échelle PBPI (PBPI/*Pain Beliefs and Perception Inventory*) a été développé pour étudier de façon générique les croyances vis à vis d'une douleur (27). Cette échelle utilisée en auto questionnaire comporte 16 questions permettant d'analyser quatre types de croyances : mystère, pérennité, constance et culpabilité. Le score de chaque dimension est obtenu par l'utilisation d'une grille de calcul reposant sur la pondération des items de réponse choisis par le sujet à chaque question (28).

L'échelle PBPI a été traduite en français et cette version française a été validée (4). Cette version française du PBPI est par ailleurs le seul outil validé actuellement disponible permettant d'évaluer les croyances des patients douloureux chroniques.

E- Entretien :

Un **guide d'entretien** (Annexe 5) a été élaboré au préalable afin de constituer une trame à l'entretien avec les patients (8). Il avait pour objectif d'encadrer l'entretien tout en laissant place à la spontanéité. Cette trame a servi de guide tout au long de l'entretien afin de pouvoir réorienter l'entretien en cas de hors-sujet tout en permettant à l'interlocuteur de pouvoir s'exprimer librement. Il était composé de questions ouvertes. Il a été élaboré à partir de certaines données quantitatives épidémiologiques françaises (22) et d'une étude qualitative française qui avait utilisé une autre méthodologie pour évaluer le déficit de prise en charge des migraineux (23). Il a par ailleurs été adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude, en fonction des données recueillies lors de chaque entretien individuel.

Ce guide d'entretien comprend une brève introduction présentant les modalités et le but de l'étude, des questions ouvertes abordant les thèmes de l'étude et une formule de remerciements pour clore l'entretien. Ce guide a été testé et validé par un entretien préalable avec une patiente migraineuse afin de valider la trame et vérifier sa compréhension.

Ce guide d'entretien a permis d'aborder **les grands thèmes** suivants :

- histoire de leur maladie migraineuse et prise en charge antérieure,
- vécu et retentissement de leur maladie,
- raisons de non consultation,
- attentes.

Lors du premier contact, le sujet acceptant de participer à l'étude a été mis au courant de l'objectif de l'étude réalisée dans le cadre d'une soutenance de thèse de doctorat en médecine

ainsi que des conditions de réalisation de l'entretien. Le lieu de l'entretien et la date de l'entretien étaient laissés au libre choix des sujets. La durée de l'entrevue était fixée à une heure lors de la prise de rendez-vous.

L'entretien individuel réalisé a été semi-directif. Ce type d'entretien est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes prédéfinis dans le guide d'entretien. Contrairement à l'entretien directif, il n'enferme pas le discours du sujet dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé afin de laisser librement s'exprimer le patient.

Les entretiens, enregistrés numériquement après accord préalable des sujets, ont été réalisés jusqu'à saturation d'idées, c'est à dire lorsqu'il n'y avait plus aucune nouvelle idée qui émergeait de l'entretien.

G- Analyse :

Afin de respecter l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque sujet de manière aléatoire, au moment de l'inclusion et indépendamment de l'ordre de passage. Les données ont été retranscrites mot à mot dans leur intégralité par écrit à partir des enregistrements numériques, de manière à respecter l'expression des participants. Cette retranscription a été faite immédiatement après chaque entretien afin de ne perdre aucune information concernant les attitudes verbales et non verbales (expressions et silences).

Les données ont été analysées par interprétation du verbatim de chaque sujet, manuellement à l'aide du logiciel Microsoft Word 2011. L'analyse a été réalisée en parallèle des entretiens de sujets afin de pouvoir faire évoluer la trame d'entretien (cf supra).

III- RESULTATS.

A. Résultats quantitatifs (Annexe 6) :

1. Données socio démographiques :

L'étude repose sur l'entretien de 12 migraineux, 9 femmes et 3 hommes, dont la moyenne d'âge est de 40,83 ans (19 à 79 ans).

Les patients ont été recrutés via 5 pharmacies localisées à Beaulieu-sur-Mer et Villefranche-sur-Mer. Néanmoins, la fréquentation de ces pharmacies a permis que le secteur géographique de résidence des migraineux ne soit pas restreint à ces deux localités, la répartition finale des personnes interrogées s'étendant d'Antibes à Menton et un patient corse.

2. Caractéristiques des migraines :

2.1. Description des crises.

Sur les 12 personnes interrogées, 11 souffraient de migraine sans aura et 1 présentait une migraine avec aura.

L'ancienneté moyenne de la maladie migraineuse était de 25,75 ans (3 à 70 ans) : 3 patients avaient une ancienneté de moins de 10 ans, 8 une ancienneté comprise entre 20 et 35 ans et le dernier une ancienneté de 70 ans.

La fréquence des crises variait de trois crises par semaine à une crise par an : 4 patients souffraient d'une à trois crises par semaine ; 6 décrivaient une à deux crises par mois et 2 avaient une à deux crises par an. La fréquence était également variable chez un même patient.

L'intensité des crises pouvait varier de 5/10 à 10/10 sur l'échelle numérique, avec une intensité moyenne des crises de 7,83/10 dans la population étudiée.

Huit patients avaient des antécédents familiaux de migraine.

2.2. Retentissement de la maladie migraineuse.

Le retentissement émotionnel évalué à l'aide de l'échelle HAD montrait l'absence de composante dépressive pour l'ensemble des personnes interrogées et la présence d'une composante anxieuse pour 2 migraineux.

Le retentissement fonctionnel estimé grâce au score HIT-6 retrouvait pour 8 patients un impact majeur de leur maladie (61 à 72) et pour 3 patients un impact important (58 à 59) montrant la nécessité de réévaluer la prise en charge. Un patient avait un score HIT-6 de 44 témoignant d'une absence de retentissement.

L'analyse des réponses au questionnaire PBPI a mis en évidence 8 personnes présentant un mystère pour leur migraine. Les autres dimensions n'étaient absentes ou faiblement présentes dans la population étudiée.

3. Description du parcours médical :

Parmi les 12 personnes interrogées, 6 avaient déjà consulté spécifiquement pour leur migraine (4 sujets avaient consulté leur médecin généraliste et 2 un neurologue).

Les 12 sujets ne prenaient aucun traitement de fond, mais 3 patients en avaient déjà pris un.

En cas de crise migraineuse, 6 sujets déclaraient utiliser un traitement de crise recommandé (AINS et/ou triptan).

4. Déroulement des entretiens :

La durée des entretiens a varié entre 30 à 45 minutes.

Ils se sont déroulés soit au domicile des patients, soit sur leur lieu de travail, soit au sein du service d’Evaluation et de Traitement de la Douleur à l’Hôpital de Cimiez, soit dans un lieu public calme.

B. Résultats qualitatifs :

1. Perception de la migraine.

Dans un premier temps, les sujets ont été libres de s'exprimer sur leur pathologie afin de connaître leur vision de la maladie et le retentissement fonctionnel et émotionnel. Deux thèmes principaux se sont dégagés : la perception individuelle de la migraine et la perception sociétale de la migraine.

1.1. Perception individuelle de la migraine.

Une des idées fortes ressortie de ces entretiens fut la non perception de la migraine comme une maladie. Ils ont majoritairement (8 sujets) répondu que **la migraine n'est pas une maladie.**

« Je ne considère pas ça comme une maladie. » (E (Entretien) 3)

« Pour moi c'est une fatalité, plutôt familiale, voilà comme on a les yeux bleus, des grands pieds ...on a des migraines. » (E5)

« Pour moi, c'est du chronique, mais on ne peut pas parler de maladie. » (E6)

« On dit que c'est une maladie chronique. Pour moi, je n'ai pas l'impression que c'est une maladie chronique. J'ai l'impression plus que c'est par période, qu'on a plus ou moins mal à la tête, c'est plus un symptôme, une manifestation. Je n'ai pas vraiment l'impression que c'est une maladie. (...) Je ne me sens pas malade parce que je suis migraineuse. » (E7)

« C'est pas grave c'est pas une maladie. » (E11)

« Une maladie : non. Un handicap, peut-être, mais pas pour une maladie. (...) C'est un handicap, c'est sûr, mais ce n'est pas une maladie. Par exemple mon asthme c'est une maladie pour moi. » (E12)

Quatre sujets ont attribué le terme de maladie à leur migraine.

« La migraine c'est une maladie. » (E8)

Cependant on a retrouvé une certaine **ambivalence dans cette notion de maladie**. Deux personnes considérant la migraine comme une maladie ne la citerait **pas** dans leurs **antécédents médicaux**.

« Je n'en parle pas. » (E8)

« Non. On ne m'a jamais clairement posé la question. » (E10)

« Je n'y pense même pas une seconde. » (E11)

Les 8 sujets ne la considérant pas comme une maladie ne la citeraient pas non plus ou ne penseraient pas à en parler dans leurs antécédents médicaux.

De ces notions a découlé une autre perception de la migraine : celle d'**un diagnostic rassurant** pour 3 sujets.

« Qu'ils me disent que c'était de la migraine, ça m'a rassurée. » (E1)

La migraine était perçue par 7 sujets comme une **fatalité**.

« J'ai l'impression en fait qu'il n'y a pas vraiment de solution à la maladie en fait, (...) c'est une fatalité. » (E4)

« Pour moi c'est une fatalité, plutôt familiale, voilà comme on a les yeux bleus, des grands pieds ... on a des migraines » (E5)

« Je me suis habitué à la douleur, comme je sais qu'il n'y a rien à faire. » (E10)

Dix migraineux considéraient leur migraine comme un **handicap** au moment des crises, ce dernier dépendant de l'intensité des crises et de leur fréquence.

« J'arrive à faire les choses mais au ralenti, vraiment, (...) j'ai besoin de beaucoup plus me concentrer. » (E1)

« Pour moi c'est un handicap » (E2)

« Il y a des moments où c'est très embêtant, le moindre bruit... c'est vraiment pas agréable. » (E5)

« C'est super gênant, tu dois tout arrêter et attendre que ça passe. » (E8)

« C'est quelque chose d'invalisant au moment où on l'a. » (E9)

Les entretiens ont également retrouvé un **retentissement global** de la migraine pour 6 sujets.

« Le travail, la famille tout en pâti ! » (E5)

« Quand on a une migraine la journée s'arrête là. » (E5)

En plus de ce retentissement au moment des crises, il a également été évoqué un retentissement fonctionnel en dehors des crises. La migraine est une maladie qui a la particularité d'évoluer par crises entrecoupées de périodes sans douleur. Ce rythme particulier est à l'origine d'un phénomène d'**anticipation des crises**, voire d'une anxiété anticipatoire. Cinq sujets nous ont décrit ce phénomène qui apparaît comme un facteur limitant dans la vie quotidienne.

« C'est un stress. Tous les jours quand je m'en vais je me dis : pourvu que cela ne vienne pas, pourvu que cela ne vienne pas. J'angoisse à l'avance, tout le temps. » (E2)

« On va dire que je ne prévois rien. Des fois j'ai même l'impression que ça peut les provoquer ! » (E12)

En plus de ce cette anticipation, on a retrouvé chez 2 personnes un sentiment d'**amplification de la crise** migraineuse.

« Comme je sais que je vais avoir très mal, donc c'est un cercle vicieux, je panique, ça prend encore plus d'ampleur, la douleur est plus forte, c'est une catastrophe : je panique car je sais que je vais avoir très mal. » (E3)

Huit des personnes interrogées ont évoqué une **gestion difficile mais acceptée** de leur maladie. En effet, ils décrivent le sentiment de devoir supporter leurs crises avec une certaine résignation.

« J'arrive à faire les choses mais au ralenti, vraiment, il ne faut pas m'en demander trop à la fois et j'ai l'impression de devoir réfléchir beaucoup plus, j'ai besoin de beaucoup plus me concentrer. » (E1)

« Je vis avec. Obligée » (E2)

« Je n'ai pas le choix. (...) J'ai subi en sachant que ça s'arrête à un moment donné de toute manière ! » (E9)

« Je me suis habitué à la douleur, comme je sais qu'il n'y a rien à faire. » (E10)

A l'opposé, 3 sujets ont fait état d'une **gestion des crises** apparue avec le temps.

« Je gère mieux mes crises avec le temps. » (E6)

La perception individuelle de la migraine est également influencée par l'existence ou non d'antécédents familiaux migraineux. En effet, il apparaît que l'entourage de la personne migraineuse influence sa perception de la maladie. Les personnes de l'entourage sont ainsi apparues comme un **modèle de prise en charge** chez 4 des huit migraineux interrogés.

« On ne lui a jamais soigné son mal de tête, maintenant il est à la retraite. Pourquoi je me ferais suivre, alors que mon père C'est mon père, les parents restent un modèle donc à priori si mon père n'a pas trouvé de solution pourquoi moi je serai plus forte à en trouver ? » (E5)

Il est également apparu **la notion de « fatalisme familial »** pour ces 4 sujets.

« C'est une fatalité familiale. » (E5)

« C'est familial on ne cherche plus à comprendre. » (E10)

« Ma grand-mère souffrait de migraines depuis toute jeune, ma mère est une grande migraineuse (...) c'est un peu comme un héritage. » (E12)

Ce fatalisme est apparu comme un facteur **majorant l'idée d'absence de moyen thérapeutique.**

« Parce que je vois mon père, il en a de temps en temps, c'est pas pour ça que..., il vit avec, il va pas essayer de chercher, il vit avec ...et donc pour moi c'est pareil ! » (E4)

« C'est comme un héritage. Ça a dû modifier ma façon de voir les choses dans le sens où elle non plus n'a pas fait pas de suivi, peut-être que si elle l'avait fait, j'aurais été plus enclin à aller moi aussi à le faire. » (E12)

1.2. Perception sociétale de la migraine.

La migraine, selon 7 sujets, n'est **pas** considérée par la société comme **une maladie.**

« La migraine n'est pas une maladie chronique car elle n'entraîne pas de complications, comme le diabète par exemple. Elle n'est pas considérée comme une maladie car pas de conséquences pas de risque, pas d'aggravation. » (E1)

« Les gens ne considèrent pas ça comme une maladie. » (E8)

Quatre sujets ont même parlé d'une certaine **banalisation** de cette pathologie.

« La migraine c'est banal quand on en parle. » (E6)

Cinq sujets ont décrit un **manque de compréhension** de la part de leur entourage professionnel.

« Dans la tête des gens, voilà la migraine, c'est comme la femme qui ne veut pas et qui dit : chéri, j'ai ma migraine !!! » (E3)

« C'est mal compris je pense, si je dis à mon patron, j'ai mal à la tête, je ne viens pas parce que j'ai la migraine !! Il va dire, vous sortez ça à votre mari le soir mais pas à moi pour ne pas venir travailler le matin ! Je trouve que c'est pas assez reconnu. (...) Au travail, quand je dis j'ai mal à la tête personne ne manifeste le moindre intérêt. » (E9)

« On a l'impression en fait que quand vous avez des migraines, les gens ne vous comprennent pas, ils ne savent pas ce que c'est, ils ne l'ont jamais vécu » (E12)

Cette perception de la migraine par la société était à l'origine chez 3 sujets d'un sentiment de **frustration**.

« Des fois, c'est frustrant parce qu'on souffre beaucoup et c'est pas pris en considération à sa juste valeur, ça c'est mon ressenti. » (E9)

« C'est frustrant on souffre et on est pas entendu. » (E10)

Par contre, l'**entourage familial** des sujets interrogés est apparu **attentif** aux problèmes de santé des patients.

« Je suis bien entourée. (...) Quand j'ai mal à la tête mon mari me fait des massages. » (E1)

« Quand elles sont violentes c'est mon mari qui amène les enfants à l'école. » (E3)

« Mon mari comprend mes migraines, donc à la maison il prend beaucoup le relai, quand c'est trop intense il me laisse me reposer. » (E5)

2. Les raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la prise en charge.

La population de cette étude comprenait des personnes n'ayant jamais eu recours à un suivi spécifique de leur migraine (n=6) et des personnes ayant déjà bénéficié d'une prise en charge antérieure mais n'ayant actuellement plus de suivi (n=6). Les motifs expliquant l'absence de suivi actuel des patients interrogés seront donc présentés en deux parties.

2.1. Les raisons de ne jamais avoir consulté.

2.1.1. *En rapport avec la perception de la maladie migraineuse.*

Comme montré précédemment, la migraine est apparue comme une **fatalité**. C'est une des principales raisons données (5 sujets) pour expliquer le non recours à une prise en charge médicale.

« C'est une fatalité, je me dis que je vivrais avec ! » (E1)

« Je vis avec, obligée. » (E2)

Il est apparu que 3 sujets **relativisaient la gravité de leur migraine**, ce qui peut apparaître comme un élément freinant leur accès aux soins.

« Je vois quand même beaucoup de gens qui ont beaucoup plus qu'une migraine et là ça nous fait dire, aller lèves toi, tu as un petit peu mal à la tête, tu prends un cachet et ça ira. Effectivement je n'ai qu'une migraine. C'est vrai qu'on relativise, il faut ... » (E6)

« Je m'estime chanceuse dans mon malheur car il y a des gens (...) qui souffrent encore plus. » (E12)

Le rythme d'expression périodique de la migraine a été retrouvé chez 1 patient comme un facteur limitant le recours à un suivi médical.

« Si j'ai pas mal à la tête ce jour-là je n'en parle pas. » (E9)

« On se dit j'y repenserai un peu plus tard, je verrai un peu plus tard, j'essaierai quelque chose et puis après on laisse passer et du coup voilà et jusqu'à la prochaine crise où là on se dit qu'on est bien stupide. » (E12)

2.1.2. En rapport avec la perception de la prise en charge de la migraine.

L'idée d'une absence de traitement spécifique de la migraine a été avancée par 3 des personnes interrogées.

« Comme à partir du moment que c'est des migraines, j'avais entendu dire qu'il n'y avait pas trop de solution pour les faire passer. » (E1)

« Ils n'ont jamais cherché à savoir. Je me suis dit, il n'y a pas de solution. » (E1)

« Pour moi un mal de tête ça ne se soignait pas, il n'y avait pas de remèdes. » (E5)

Pour 4 sujets il s'agissait d'une **ignorance et/ou d'une méconnaissance** des moyens de prise en charge.

« C'est aussi l'ignorance » (E3)

« Je ne sais pas qu'il existe des choses. Pour moi, un mal de tête = Doliprane ! On ne m'a jamais expliqué. Ça me manque. » (E5)

Deux personnes interrogées ont parlé d'une **réticence envers le corps médical**.

« Je ne consulte pas parce que j'ai horreur de voir le médecin. » (E5)

« Pour moi c'est difficile pour aller voir les médecins. » (E12)

Mais il était surtout allégué une **réticence à la prise de traitement**. Cette notion a été retrouvée chez 6 sujets.

« J'ai horreur de prendre des médicaments. » (E5)

Cette réticence était en rapport avec le **risque d'effets indésirables** pour 2 sujets.

« J'ai tellement toujours peur de faire des allergies aux médicaments que j'ai toujours du mal à, j'essaye de me cantonner à ce que je connais bien et quand je dois prendre quelque chose de nouveau ça me stresse. (...) La peur de prendre un nouveau traitement. (...) Quand on lit la notice c'est effrayant. » (E9)

« C'est un peu moi qui suis réticente, je l'avoue. J'ai de nombreuses allergies. Quand on me donne quelque chose, je vais lire les notices et je vais commencer à psychoter comme une folle et je vais me dire qu'il y a des effets secondaires et du coup je vais laisser tomber. » (E12)

Mais elle pouvait également être en rapport avec **l'image véhiculée des traitements spécifiques** (principalement les triptans), citée par 2 sujets.

« Je ne sais pas si c'est bon non plus ! » (E2)

« Moins j'en prend mieux je me porte. » (E6)

Enfin, dans le cas des traitements de fond, c'est **la prise journalière** et donc l'observance qui posait problème dans une maladie évoluant par crises (2 sujets).

« Je ne suis pas quelqu'un à prendre un médicament régulièrement, ce serait difficile. (...) Un traitement ponctuel : oui, un traitement à long terme : je ne sais pas si j'y arriverai. » (E6)

Ces éléments ont été associés à un recours constant à l'**automédication**.

« Je vous avoue quand j'ai mal, automédication totale, en fait c'est un panaché. » (E11)

A travers le discours des migraineux interrogés, il est apparu que **l'attitude des médecins** pouvait être à l'origine d'un non accès aux soins.

Il existait pour 5 personnes, un **manque de communication** avec leur médecin traitant.

« Quand j'allais chez le médecin généraliste pour des licences de sport, je lui en parlé mais (...) il n'a pas poussé plus que ça. » (E1)

« Si il m'en avait parlé je n'aurais pas été contre. » (E3)

Cinq sujets se sont plaints d'un **manque d'information** et d'un **manque d'explication** sur leur maladie.

« Les infos me manquent. » (E1)

« Jamais on m'a donné d'explications. » (E2)

Il est apparu que 5 sujets souffraient d'un **manque d'écoute** et 2 sujets d'une **absence de réponse à leurs questions**.

« Les médecins n'ont jamais cherché à savoir. » (E1)

« On en a jamais vraiment parlé. » (E3)

« Y a pas toujours le retour qu'on attend. » (E6)

Un autre a parlé d'une **incompréhension** de leur maladie.

« On a l'impression que quand on arrive avec des migraines, les gens ne vous comprennent pas. » (E12)

Un sujet a évoqué un sentiment de **frustration**.

« C'est frustrant parce qu'on souffre beaucoup et c'est pas pris en considération à sa juste valeur, ça c'est mon ressenti. » (E9)

Il est apparu que 4 sujets ayant appris à gérer seuls leur maladie, considéraient les **médecins** comme de **simples prestataires de services**. Ils consultaient pour avoir un renouvellement de prescription sans pour autant rechercher une réelle prise en charge.

« Non on n'en a jamais vraiment parlé. Je vais voir le docteur généraliste, je lui dis tu me donnes ça, j'ai mal à la tête (...) j'en peu plus. » (E3)

« A chaque fois que je vais consulter, c'est que je n'ai plus de médicaments. » (E5)

Un sujet pensait **ne pas mériter de traitement** pour sa migraine.

« J'estime que je ne suis pas quelqu'un qui a besoin d'avoir un traitement de fond parce que pour moi ça arrive à tout le monde d'avoir des migraines ; c'est pourquoi je n'ai jamais été consulter, à la limite je ne me sens pas le mériter. » (E3)

Un sujet considérait même **ne pas nécessiter de suivi**.

« Je n'ai jamais consulté de neurologue parce que pour moi je ne pense pas en avoir besoin. » (E6)

2.1.3. En rapport avec les éléments de vie des migraineux.

Le manque de temps est apparu à 3 reprises comme un frein à l'accès aux soins.

« Le temps, parce que je travaille. » (E2)

« Je ne prends pas le temps. Je travaille beaucoup, y a la vie de famille, puis les horaires de médecin, c'est mes horaires de travail, donc il faut prendre sur son temps de travail. Consulter ça prend beaucoup de temps. » (E6)

Une personne a également cité **un manque d'initiative**, n'osant pas poser de questions à son médecin.

« J'ai mes torts aussi, j'aurais dû le faire. » (E12)

2.1.4. En rapport avec le vécu de la maladie migraineuse.

Il est apparu que pour 2 sujets, le non recours aux soins était en rapport avec **une bonne ou une meilleure gestion des crises**.

« Depuis quelques temps, je n'en ai plus des handicapantes, (...) pour l'instant, c'est gérable. » (E3)

« Je gère moi-même. Je me dis que je gère bien. Je gère mieux mes crises avec le temps. » (E6)

2.2. Les raisons de ne plus consulter.

2.2.1. Déception de la relation médecin-patient.

De ces entretiens est ressorti un important **sentiment de déception**.

Une des personnes interrogées a cité directement le terme « déception ».

« J'ai été déçue des prises en charge antérieures et du traitement. » (E11)

Les 5 autres ont évoqué indirectement ce sentiment en citant les causes de cette déception.

Parmi les causes de cette déception, on a retrouvé pour 3 sujets **un manque d'écoute et de communication** de la part des médecins.

« Il s'en foutait complètement. Il me disait : on passe à autre chose ! » (E10)

« Avec mon médecin généraliste j'en parle mais c'est tout (...) elle ne cherche pas trop. On parle de tout, on parle d'autre chose, on en parle pas. » (E11)

Le manque d'écoute et le défaut de compréhension du corps médical ont semblé renforcer le sentiment de n'être **pas pris au sérieux** des migraineux.

« Les différents médecins qui m'ont suivi n'ont jamais pris en compte ce que je disais. » (E10)

Deux sujets ont évoqué le **manque d'information** de la part des médecins.

« Si c'est pour qu'on me donne encore un médoc et qu'on m'explique pas plus, ça m'intéresse pas. » (E11)

Un des sujets interrogés avait le sentiment que la migraine n'est **pas une priorité** pour le monde médical.

« Les gens qui ont mal à la tête ce n'est pas une priorité. » (E7)

Un sujet a même parlé de **frustration**.

« C'est frustrant. On souffre et on n'est pas entendu. » (E10)

Un sujet a évoqué que les médecins étaient de **simples prestataires de services**.

« Je lui dis donnez-moi ça, j'ai mal à la tête. » (E3)

« Je demande régulièrement des médicaments quand j'en ai plus. » (E5)

2.2.2. Découragement lié à l'échec de la prise en charge.

Le sentiment de déception lié à la relation médecin-patient était étroitement lié à l'échec de la prise en charge.

Quatre sujets ont résumé cet échec par la notion d'**absence d'apport**.

« J'ai eu une période où je suis allé voir un médecin Ça n'avait rien apporté de plus. » (E8)

Ce sentiment d'échec était directement lié à la mauvaise réponse thérapeutique. Ainsi, l'**inefficacité** et/ou la **mauvaise tolérance du traitement** ont été citées respectivement par 3 et 2 sujets comme un facteur limitant de prise en charge et un motif d'arrêt de suivi.

« J'ai eu un traitement de fond qui a été prescrit que je n'ai pas supporté. » (E7)

« J'ai essayé des traitements de fond, ça n'a jamais marché. Quand j'ai vu que ça ne marchait pas des masses, j'ai abandonné. » (E11)

Les entretiens ont également mis en exergue pour 2 sujets une **réticence à la prise de traitement** avec une peur des effets secondaires potentiels, une mauvaise image des traitements anti migraineux et pour 1 des deux sujets un refus de prendre un traitement quotidien.

« Je n'ai pas envie d'avoir les effets secondaires. En fait, j'ai peur d'être plus gênée par les effets secondaires que par les migraines. » (E7)

« J'ai pas envie de prendre un traitement tous les jours, parce que je me dis finalement il y a des moments où je n'en ai pas besoin. C'est pas logique (...) Le traitement de fond, il faut le prendre tous les jours pas juste quand j'ai mal à la tête. » (E7)

« On m'avait fait essayer des triptans mais ça m'a fait peur. Je n'ai pas osé faire. » (E11)

Deux sujets ont évoqué **l'idée d'une absence de traitement**.

« Je sais qu'il n'y a rien à faire. » (E10)

Un sujet a mentionné le **manque de temps** comme une raison de ne plus consulter.

« C'est parce que je n'avais pas le temps. » (E10)

2.2.3. Perception et évolution de la maladie migraineuse.

La migraine est une nouvelle fois apparue comme **une fatalité**, qui pour 3 sujets, freine le recours à une prise en charge médicale.

« J'ai l'impression en fait qu'il n'y a pas vraiment de solution à la maladie (...) c'est une fatalité. » (E4)

« C'est pas grave, il faut juste attendre, ça passe. » (E8)

« Vous savez que vous allez souffrir, mais ça va passer. » (E11)

Le **rythme périodique** de la migraine a été cité à 2 reprises comme un facteur limitant l'observance et le suivi médical.

« Parce que c'est vrai que quand je n'ai pas de migraine, je ne me plains de rien. C'est une maladie, c'est tout ou rien. Et finalement, quand on a plus la migraine, on est presque soulagé et c'est vrai que moi j'oublie même que j'ai eu mal à la tête. Par contre, quand j'ai la migraine, je

me dis demain je commence un traitement c'est sûr, c'est après quand je vais bien et que je n'ai plus mal à la tête, je me dis ça va passer. » (E7)

« J'y pense plus jusqu'à la prochaine. » (E11)

La perception de la migraine comme **diagnostic rassurant**, a été citée à 2 reprises pour justifier de la non nécessité d'avoir un suivi médical.

« La prise en charge a été bien. C'est pas pour ça que je ne suis pas retournée le voir en fait, au contraire, j'étais plutôt rassurée. J'ai mis un doigt sur ce que j'avais. » (E7)

Enfin, il est ressorti de ces entretiens des éléments plus positifs expliquant l'absence de suivi d'une population de migraineux.

Il est apparu qu'une des raisons pour lesquelles 3 sujets ne consultaient plus était la **diminution de l'intensité ou de la fréquence de leurs crises**.

« En ce moment ça va mieux, j'en ai vraiment de moins en moins. Pour l'instant je ne suis plus gêné. » (E4)

Trois sujets citaient une **meilleure gestion de leur maladie migraineuse**.

« Je gère mieux qu'avant (...) j'ai plus de recul avec ça. » (E8)

« Je me suis habitué à la douleur. » (E10)

3. Les attentes.

3.1. Les attentes vis à vis de la maladie.

Cinq, dont 4 n'avaient jamais consulté, espéraient une **diminution de l'intensité, de la durée et/ou de la fréquence des crises migraineuses.**

« Moi ce qui m'intéresse c'est que ça passe vite. Que mon mal de tête passe vite ! » (E11)

« J'espère pouvoir me soigner,enfin me soulager.... Parce que ça ne se soigne pas ! » (E5)

La **guérison** n'a pas été citée comme la principale attente. Trois sujets ont évoqué cette notion de guérison mais ont aussitôt corrigé leurs propos.

« Que cela réduise au niveau du nombre, au niveau de l'intensité et après que ça disparaisse, je ne pense pas que ça disparaisse comme ça mais au moins les réduire. » (E1)

« J'espère pouvoir me soigner,enfin me soulager.... Parce que ça ne se soigne pas ! » (E5)

« Que j'en ai plus du tout ! Déjà si c'était moins fort, ce serait déjà pas mal. » (E11)

Deux attendaient une **amélioration de leur qualité de vie.**

« J'essaie de le gérer mais j'aimerais bien essayer de ne plus subir ça (...) vivre normalement comme tout le monde. » (E2)

3.2. Les attentes vis à vis de la prise en charge médicale.

La principale attente citée par 6 des personnes interrogées était le souhait de **trouver la ou les cause(s)** à leur migraine.

« Trouver la cause, plus la cause que le médicament. Savoir pourquoi ça arrive, pourquoi la migraine arrive. » (E6)

« (...) Qu'ils me trouvent d'où vient ces migraines pour les éviter. » (E11)

« Peut-être qu'en connaissant la cause, on pourrait y remédier. Plus que de prendre des médicaments. » (E6)

Pour 2 sujets, il est apparu important d'avoir une **confirmation du diagnostic** de migraine.

« J'aimerais bien qu'on fasse des analyses plus poussées. S'il n'y a pas quelque chose, pourquoi c'est aussi intense et aussi régulier. » (E2)

« Affirmer le diagnostic. » (E9)

Quatre alléguaient un **besoin de réassurance** devant la peur d'une maladie grave.

« Je m'imagine toujours le pire, j'ai eu peur que ce soit une tumeur au cerveau. » (E1)

« Je me dis qu'est ce qui se passe dans mon cerveau, surtout que ma mère a fait un AVC, (...) ça me fait peur, je me dis que je vais attraper un cancer, ou que j'ai peut-être une tumeur que l'on ne voit pas, vous voyez. J'ai peur d'avoir quelque chose à force. » (E2)

Trois personnes souhaitaient **connaître les facteurs déclenchants** de leurs crises migraineuses.

« Savoir pourquoi ça arrive. » (E6)

« Les choses à ne pas faire pour ne pas déclencher une crise. » (E9)

Cinq sujets évoquaient le **besoin d'informations** afin d'avoir des **explications sur la maladie** migraineuse.

« Qu'on m'explique réellement ce que c'est ! » (E4)

Deux sujets souhaitaient avoir **des conseils** de prise en charge.

« Qu'ils me conseillent. » (E10)

Deux sujets ont exprimé le besoin d'**être écoutés et entendus**.

« Qu'on me comprenne quand je dis j'ai la migraine et ça déjà c'est énorme. (...) Des personnes qui sont capables de vous comprendre et de savoir ce par quoi vous passez, c'est un peu comme une bouffée d'oxygène. Finalement, je ne suis pas toute seule. » (E12)

« J'aimerais bien des fois parler, trouver une solution pour mes migraines. » (E12)

Trois sujets ont évoqué le désir de trouver **un traitement efficace** avec une bonne tolérance et une absence d'effets indésirables.

« Si on pouvait vraiment m'apporter une réponse avec un traitement adapté à ce que j'ai, que cela va les espacer. » (E9)

« (...) et après qu'on me dise si il y a un traitement de fond qui marche. » (E11)

« Un traitement de crise adapté : ça j'aimerais beaucoup ! » (E 12)

Et 1 sujet était en **attente de nouvelles thérapeutiques**.

« C'est sûr que si il y a des avancées, de nouveaux traitements, ce serait intéressant de savoir, de refaire une prise en charge à ce moment-là. » (E8)

IV- DISCUSSION.

Ce travail a porté sur une recherche qualitative effectuée auprès de 12 migraineux sans suivi médical spécifique, la moitié d'entre eux n'ayant jamais eu de suivi et l'autre moitié l'ayant interrompu. L'objectif de ce travail était de comprendre les raisons de cette absence de suivi au travers de l'analyse de leur discours.

Une première partie de cette étude s'est intéressée à analyser la perception qu'avaient ces sujets de leur maladie migraineuse, les informations colligées apparaissant essentielles à la compréhension des raisons de non recours à une prise en charge médicale. Il en est ressorti que la migraine est vécue comme une fatalité et par conséquent comme quelque chose d'inévitable avec laquelle les migraineux doivent vivre ou apprendre à vivre. En dépit du fort retentissement fonctionnel confirmé par le questionnaire HIT-6 chez les sujets ayant participé à l'étude, la migraine n'est pas perçue comme une maladie. Pourtant, elle est à l'origine d'un handicap le plus souvent majeur, présent à la fois pendant les crises et en dehors des crises. Ainsi, cette étude a mis en évidence pour certains sujets, le développement de stratégie d'adaptation aux crises. A l'opposé, certains sujets ont évoqué une anxiété anticipatoire de la crise pouvant être à l'origine d'une majoration de l'intensité de cette dernière. Par ailleurs, la perception de la migraine est apparue influencée par d'autres facteurs. L'existence d'antécédents familiaux de migraine a souvent été citée comme un élément influençant la prise en charge. Ainsi, chez les sujets déclarant des antécédents familiaux de migraine, les ascendants migraineux ont été souvent décrits comme modèles. Si un tel modèle n'avait jamais eu recours à une prise en charge médicale adaptée, la notion de fatalisme semblait être majorée et renforçait l'idée d'une absence de traitement possible.

Cette influence des relations inter-individuelles concernait non seulement les ascendants familiaux mais également les relations sociales et professionnelles. Une majorité de sujets ayant participé à cette étude ont cité la migraine comme une maladie socialement incomprise et souvent banalisée. Cette mauvaise image concernait la migraine en tant que maladie mais également le handicap induit par cette dernière. Considérant ces éléments, une majorité de sujets remettait en question la nécessité d'une prise en charge médicale spécifique. Néanmoins, cette représentation mentale de la migraine est apparue ambivalente si l'on considère la perception qu'avaient les sujets de la sévérité de leur propre migraine. Cette vision est source potentielle de frustration chez les personnes en souffrant.

Une deuxième partie de cette étude s'est attachée à étudier les raisons alléguées de non consultation des migraineux.

Ces raisons apparaissaient modulées par la perception qu'ont les sujets de la maladie migraineuse, le fatalisme ayant été majoritairement évoqué comme un des motifs de ne pas avoir recours à un suivi médical. L'image de cette maladie qui, pour un grand nombre des personnes interrogées, n'est pas assimilée comme telle, peut apparaître comme un diagnostic rassurant. En effet, la migraine, bien que chronique et invalidante, n'expose pas les sujets à de potentielles complications. De là, part le postulat que si cette maladie n'est pas grave, elle ne nécessite donc pas une prise en charge spécialisée. Les personnes interrogées ont également mentionné la particularité du rythme d'expression périodique de la maladie. En effet, cette maladie se manifeste par crises de fréquence, de durée et d'intensité variables, entrecoupées de périodes non algiques. L'inconfort provoqué par les crises migraineuses semble sous-estimé en dehors de celles-ci. Des lors, il ne leur paraît pas toujours nécessaire d'initier une prise en charge quand la crise a cédé.

Le non recours à une prise en charge médicale a semblé également influencé par la perception qu'ont les sujets de la prise en charge médicale. Certains pensent qu'il n'existe aucun traitement spécifique à la migraine, d'autres ignorent ou méconnaissent les moyens thérapeutiques existants. Cette notion est essentielle à la compréhension du comportement de non consultation. En effet, il apparaît cohérent de ne pas consulter si on considère qu'il n'existe pas de solution au problème de santé en question. L'absence de solution thérapeutique a également été citée par les personnes ayant déjà eu recours à un suivi médical, témoignant d'un probable échec de la prise en charge médicale antérieure. Il a également été évoqué le sentiment de ne pas « mériter de traitement », cet élément n'ayant pas pu être précisé en détail par l'analyse des discours. Une autre raison évoquée, à la fois par les migraineux n'ayant jamais consulté et par ceux ayant déjà eu recours à une prise en charge médicale, a été la réticence à la prise des traitements. Leur efficacité est souvent remise en cause. Par ailleurs, la réticence à la prise des traitements est apparue très fréquemment liée à une peur des effets indésirables et à la mauvaise image des médicaments quant à leur tolérance. Enfin, considérant les traitements prophylactiques, la prise quotidienne et l'action différée sont apparues comme un frein face à une maladie à manifestations épisodiques. Au-delà des limites du traitement, les raisons de l'absence de suivi médical sont apparues très influencées par la relation patient-médecin. Cette mauvaise perception de la relation médecin-patient est apparue reposer sur un manque de communication, d'écoute et de compréhension, ainsi que d'une insuffisance d'informations et d'explications. A ces raisons s'ajoutent, chez les personnes ayant bénéficié antérieurement d'une prise en charge spécifique, la conviction que leur maladie n'est pas une priorité et l'impression ne pas être pris au sérieux par les médecins. Ces éléments semblent avoir été à l'origine d'un sentiment de déception et de frustration chez certains migraineux. Ce sentiment a probablement conduit les sujets à considérer les médecins comme de simples prestataires de service, renouvelant les ordonnances sans autre préoccupation.

Certains sujets ont avancé également leur propre manque de temps et de disponibilité pour envisager un tel suivi. Il convient néanmoins de noter que l'absence de prise en charge médicale a été justifiée par certains sujets par la bonne gestion actuelle des crises.

Dans la troisième partie de ce travail nous nous sommes intéressés aux attentes de la prise en charge des migraineux.

La recherche de la cause de leur migraine a été évoquée de façon majoritaire, sachant que le discours a souvent fait apparaître une certaine confusion entre la cause de la maladie migraineuse et les facteurs déclenchants des crises migraineuses. Certains ont manifesté un besoin de confirmation du diagnostic de migraine. De façon étonnante, la recherche d'un traitement efficace n'est pas apparue comme la préoccupation principale des migraineux, ce qui est paradoxal par rapport aux raisons de non prise en charge évoquées précédemment. De façon plus générale, l'analyse des discours a fait apparaître que les migraineux souhaitaient une écoute, une compréhension et une considération plus importante de la part du corps médical. Ces éléments de prise en charge permettraient d'apporter l'attention attendue et ainsi conseiller et guider les patients de façon optimale.

Il apparaît donc aux travers de ces résultats que la représentation mentale qu'ont les migraineux de leur migraine participe pleinement à leur comportement de non consultation. En effet, il semble qu'ils ne perçoivent pas leur migraine comme une maladie à part entière mais davantage comme un état qu'ils subissent comme une fatalité. De plus, ils semblent avoir une mauvaise image de la relation médecin-patient, source d'insatisfaction et donc de non consultation. Il est donc logique que leurs principales attentes reposent sur une amélioration de la qualité de cette relation centrée sur l'écoute.

Le premier constat faisant état que la migraine n'est pas considérée comme une maladie a également été retrouvé dans de précédents travaux. Dans l'étude épidémiologique française FRAMIG 3 (21), la migraine n'était pas reconnue par les migraineux comme une vraie maladie. En effet, 55% des patients interrogés ne considéraient pas leur migraine comme telle. Dans une récente étude qualitative réalisée dans le cadre de l'étude GRIM 3 (23) et portant sur l'analyse des facteurs prédictifs de la consultation chez les migraineux de la population générale française, il a été retrouvé cette absence de statut de maladie. En effet, la migraine est perçue comme une succession de crises, mais pas comme une maladie progressive. De cette perception de la migraine et de cette absence de statut de maladie semble découler une sous médicalisation de la migraine. L'étude FRAMIG 3 (22) a montré qu'à peine 20 % des migraineux de la population générale française étaient spécifiquement suivis, 40 % avaient interrompu leur suivi et 40 % n'avaient jamais consulté pour leur migraine.

L'étude FRAMIG 3 a également permis de colliger, à l'aide de questionnaires « fermés », certaines raisons de non consultation (21). Les raisons évoquées étaient la méconnaissance de la maladie, un fatalisme, un sentiment de découragement et d'incompréhension. Dans la présente étude, ces raisons ont été également citées à plusieurs reprises.

Dans l'étude FRAMIG 3 les patients n'ayant jamais consulté avaient évoqué dans 93% des cas pouvoir faire face seuls à leur migraine, dans 56 % des cas penser que cela ne servait à rien et dans 45 % des cas considérer qu'il n'existait pas de traitement de la migraine et donc que le recours à une consultation était inutile (21). Les patients ayant déjà eu recours à un suivi ont exprimé pour 58 % penser que cela n'avait pas d'apport.

Ces éléments ont été cités dans l'étude qualitative issue de l'étude GRIM 3 (23). Il a été constaté chez les migraineux un comportement de démission, une perception de la maladie telle une

succession de crises et une absence de demande de prise en charge à long terme. L'étude objet de cette thèse est arrivée au même constat : les migraineux ne consultent pas ou ne consultent plus, d'une part en rapport avec leur perception de la migraine et d'autre part en rapport avec le sentiment de découragement lié à l'échec de la prise en charge. Les discours recueillis au cours de notre étude ont mis également en avant des problèmes de relation entre le médecin et les patients. L'étude FRAMIG 3 (21) suggérait déjà cette idée en indiquant que le suivi médical dépendait en grande partie de la satisfaction de la première consultation. Dans l'étude présente, il ressort que la perception de la migraine en tant que non maladie, le sentiment de résignation et de fatalisme pourraient découler de la mauvaise qualité de cette relation. Le dialogue médecin-patient n'apparaît pas être systématique. Ce silence est probablement favorisé par le fait que les médecins ont une difficulté à appréhender le handicap généré par la migraine. Ainsi, une étude épidémiologique française sur la prise en charge de la migraine en médecine générale, (7) a montré que le médecin n'avait pas toujours conscience du handicap provoqué par la migraine et avait tendance à sous-estimer l'intensité de la douleur. Un tel résultat a été retrouvé dans une étude réalisée sur la patientèle de médecins généralistes niçois (5). Ces résultats confirment l'importance de savoir écouter les patients et/ou éventuellement d'utiliser des outils d'évaluation tel le HIT-6 comme le préconisent les nouvelles recommandations de bonne pratique proposées par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (19). Néanmoins, les difficultés de la relation médecin-patient au sujet de la maladie migraineuse vont bien au-delà du simple défaut d'évaluation du handicap. Ces difficultés doivent être appréhendées sous l'angle des sciences humaines telles que l'a proposé la sociologue Isabelle Baszanger (3).

Cette sociologue a décrit un modèle dynamique constitué de trois phases correspondant à « la carrière spécifique d'un migraineux ». La première phase, dite anémique, du début de la

migraine, correspond à la période où la personne ne comprend pas encore ce qui lui arrive. La durée et le vécu de cette phase dépendraient de l'existence ou non d'une personne dite ressource qui est un sujet lui-même migraineux (issu de l'entourage familial ou professionnel) et qui peut guider de façon plus ou moins pertinente le sujet dans sa prise en charge. En l'absence d'une telle personne ressource, cette phase peut être longue et va se caractériser par « une médicalisation » de la migraine, le sujet ayant tendance à consulter son médecin traitant pour comprendre la situation. Lors de cette médicalisation, une céphalée secondaire est écartée et si le diagnostic de migraine est posé il apparaît souvent proposé comme un diagnostic rassurant, tel que cela a été évoqué dans le discours de certains sujets interrogés dans le cadre de notre travail. A contrario, en présence d'une telle personne ressource, cette phase peut être beaucoup plus courte conduisant à une « normalisation » de la migraine et à l'entrée très rapide dans la seconde phase du modèle qui est une phase d'identification. Dans l'étude objet de cette thèse, l'influence de ces personnes ressources a également été retrouvée comme pouvant moduler la perception qu'ont les migraineux de leur migraine et induire un non recours à une prise en charge médicale. Après cette phase anémique, le migraineux entre dans une phase d'identification marquée par l'apprentissage de la maladie. Cet apprentissage au cours duquel le migraineux se forge la représentation mentale de « sa » migraine dépend des médecins consultés mais surtout des personnes ressources car cette phase est souvent démedicalisée. Comme le signale I. Baszanger : « à la fin de cette période d'identification les migraineux testent les hypothèses proposées, les solutions adoptées s'organisant ainsi... en un savoir spécifique » qui va caractériser la troisième phase correspondant à la gestion au long cours et qui est la phase du « malade expert ». Dans cette dernière phase, le savoir des migraineux est pratique et découle de leur expérience. Ainsi, ils revendiquent souvent que leur savoir est supérieur à celui des médecins. Ceci a d'importantes conséquences sur la relation entre le médecin et le patient, le migraineux considérant avoir une connaissance

« supérieure » à celle du médecin en ce qui concerne la maladie migraineuse, et le médecin étant souvent dérouté par cette modification de la relation médecin-patient. Il est donc important de favoriser l'écoute en considérant le savoir acquis de ce patient expert afin de pouvoir faire bénéficier aux migraineux du savoir médical opérationnel. Ce processus doit laisser, dans un premier temps, s'exprimer le patient. Il doit pouvoir formuler ses réticences, ses attentes et ses croyances. Une telle stratégie est néanmoins difficile et peut être chronophage dans les conditions d'exercice actuelle en médecine générale. Elle est pourtant indispensable à une relation médecin-patient de bonne qualité.

Cette stratégie nécessite que les médecins prennent bien en considération les attentes des migraineux, notamment en terme d'informations sur la pathologie.

Ainsi, Weber et al avaient retrouvé que 2/3 des patients attendaient plus d'informations et d'écoute plutôt que de nouveaux traitements (26). Notre travail a retrouvé les mêmes attentes, privilégiant la recherche d'informations plutôt que celle d'un traitement. Par contre, si l'étude FRAMIG 3 (21) a mis en évidence comme attente principale le traitement, des éléments d'information ont été cités parmi les quatre principales attentes avec : l'information générale sur la maladie (59 %), la connaissance des facteurs déclenchants des crises (49 %) et la connaissance de l'origine des crises (44 %).

Ce désir d'informations sur les « causes » de la migraine, souvent formulé en consultation, n'est pas toujours simple à satisfaire. En effet, la physiopathologie de la migraine, même si elle a bénéficié de récentes avancées scientifiques, reste encore incomplètement élucidée. De plus, la recherche des causes de la maladie est souvent confondue avec la recherche des facteurs déclenchants des crises.

Cette étude qualitative a permis de mettre en évidence les raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation des migraineux ainsi que leurs attentes vis à vis de la prise en charge médicale.

Le choix de cette méthode a permis de réaliser des entretiens ouverts offrant l'avantage de ne pas apporter d'idées préconçues, à la différence des enquêtes quantitatives par questionnaires. Ce type d'étude permet donc de développer des pistes de réflexion sur une question donnée.

L'approche qualitative étudie le discours des sujets de manière à appréhender leurs représentations de la migraine et de leur prise en charge. Cette méthode a l'avantage de pouvoir explorer la problématique du suivi médical de la migraine, de décrire les raisons de non consultation et d'expliquer les attentes des sujets. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les comportements et les expériences personnelles. Cette méthode reposant sur la réalisation d'entretiens individuels a permis le recueil du ressenti des migraineux. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle contribue ainsi à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets.

Cette approche repose sur l'analyse du discours d'un faible échantillon. La taille restreinte de l'effectif ne permet pas d'extrapoler les résultats obtenus à la population migraineuse générale. Cependant, elle offre des hypothèses qui pourront amener à réaliser des études quantitatives de manière à quantifier le phénomène étudié. Par ailleurs, il apparaît dans cette étude que l'échantillon, même minime, présente des caractéristiques superposables aux données épidémiologiques. Cette répartition est en accord avec d'autres études montrant que parmi les 80 % de migraineux ne consultant pas, la moitié n'avait jamais consulté et l'autre moitié avait déjà eu recours à suivi médical mais étaient sortis du système de soins. La répartition homme/femme

était également conforme aux données épidémiologiques, comme les données quantitatives sur le retentissement notamment fonctionnel. Notre échantillon se caractérisait par une variabilité dans la fréquence de survenue des crises offrant des profils de migraineux différents. De plus, l'ancienneté moyenne colligée, nous permet de penser que les éléments de réponse donnés sont bien le reflet d'une expérience de la maladie et de sa prise en charge.

A la vue de tous ces éléments, cette étude qualitative portant sur le discours de migraineux est apparue une méthode adaptée à l'analyse des raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation. La compréhension de la perception de la migraine et la qualité de la relation médecin-patient sont apparues être essentielles à une prise en charge optimale de leur maladie. Il en ressort une attente centrée sur l'écoute et la considération de leur handicap.

VI- CONCLUSION.

Le recours à une méthode qualitative a permis de connaître les représentations mentales des migraineux vis à vis de leur suivi médical. Ainsi, ces résultats apportent des hypothèses quant aux raisons de non consultation et/ou de non satisfaction.

En effet, les migraineux doivent être guidés afin de les aider à comprendre que la migraine n'est pas seulement une succession de crises mais bel et bien une maladie à part entière. Cet accompagnement relève bien évidemment de la médecine générale ne serait-ce de part la grande prévalence de la maladie migraineuse.

Il apparaîtrait donc intéressant de réaliser une étude parallèle à celle-ci, étudiant les représentations qu'ont les médecins généralistes de la maladie migraineuse, de sa prise en charge et des attentes de leurs patients. On pourrait ainsi connaître leurs difficultés et mettre ces représentations en perspective de celles des migraineux afin d'optimiser la relation médecin-patient.

ANNEXE 1

FICHE RENSEIGNEMENTS PATIENT

Date

Lieu

CARACTERISTIQUES DU PATIENT

Age :

Sexe :

CARACTERISTIQUES DE LA MIGRAINE

Critères IHS remplis : OUI NON

Ancienneté des crises ou début des crises :

Durée moyenne des crises :

Caractéristiques des crises :

- ☐ Unilatérale
- ☐ Pulsatile
- ☐ Modérée à sévère
- ☐ Aggravée par effort

Signes accompagnateurs :

- ☐ Nausées, vomissements
- ☐ Photo-phonophobie

Fréquence actuelle des crises :

EN moyenne des crises :

Traitement de crise :

Traitement de fond :

RETENTISSEMENT MIGRAINE

- Questionnaire HAD Anxiété (A) :
- Dépression (D) :
- Echelle HIT-6 :
- Questionnaires PBPI :

ANNEXE 2

ECHELLE HAD

Echelle HAD

(1-A) Je me sens tendu ou énervé : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais	(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus	(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent
(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout	(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé
(4-D) Je ris facilement et vois le bon côté des choses 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout	(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement	(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : 0 Autant qu'auparavant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais
(6-D) Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps	(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais	(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement

Score A :

Score D :

Score total : (à remplir par le médecin)

ANNEXE 3**ECHELLE HIT-6****ECHELLE HIT-6**

Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

ANNEXE 4

ECHELLE PBPI

PBPI

Veuillez indiquer le degré avec lequel vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune des affirmations suivantes. Cochez la case qui correspond à votre degré d'accord.

	Affirmation	pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
1	Personne n'est capable de me dire pourquoi j'ai mal				
2	Je pensais que ma douleur pouvait être guérie, mais maintenant je n'en suis plus aussi sûr(e)				
3	Il y a des moments où je n'ai pas mal				
4	Ma douleur est difficile à comprendre pour moi				
5	Ma douleur sera toujours là				
6	J'ai constamment mal				
7	Si j'ai mal c'est uniquement de ma faute				
8	Je n'ai pas assez d'informations à propos de ma douleur				
9	Ma douleur est un problème temporaire dans ma vie				
10	J'ai l'impression que je me réveille avec la douleur et que je m'endors avec elle				
11	Je suis la cause de ma douleur				
12	Il existe un moyen de guérir de ma douleur				
13	Je me fais des reproches quand j'ai mal				
14	Je n'arrive pas à comprendre pourquoi j'ai mal				
15	Un jour, de nouveau, je n'aurai plus mal du tout				
16	Ma douleur varie en intensité mais elle est toujours présente avec moi				

ANNEXE 5

QUESTIONS DU GUIDE D'ENTRETIEN

1- Histoire de la maladie migraineuse et prise en charge antérieure.

- Pour commencer, pouvez-vous me raconter l'histoire de vos migraines ?

Ancienneté

Mode de découverte et examens réalisés

Antécédents familiaux de migraine ?

Prise en charge initiale : suivi médical ? Par votre médecin traitant ou par un spécialiste ? Vécu, ressenti.

Quelles explications vous a-t-on données sur votre maladie ? sur le traitement ? sur l'évolution de la maladie ?

2- Etat actuel de la maladie migraineuse et son retentissement.

- Maintenant, parlez-moi de vos crises actuelles. Pouvez-vous me décrire vos dernières crises.

A quand remontent-elles ? Combien avez-vous eu de crises ces 6 derniers mois ?

Intensité

Fréquence

- Comment gérez-vous vos crises ?

- Racontez-moi votre quotidien avec vos migraines, comment ça se passe ? et au travail ? et en famille ?

3- Les raisons de non consultation.

- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne consultez plus ou pour lesquelles vous n'avez jamais consulté pour vos migraines ?

- Parlez-moi de ce qui freine votre accès aux soins ?

- Comment avez-vous abordé vos migraines avec votre médecin ? Quelles en étaient les raisons ? Si non, pour quelles raisons ?

- Quelles aides ou réponses avez-vous reçu ?

4- Les raisons de non consultation.

- Comment souhaiteriez-vous que la consultation se déroule et quelle prise en charge attendez-vous de votre médecin ?
- Quelles sont vos attentes vis à vis de votre médecin ? et vis à vis de vos migraines ?
- Seriez-vous prêt(e) à consulter un médecin pour vos migraines ?

ANNEXE 6

Tableau récapitulatif des données quantitatives
Caractéristiques des patients et de leurs migraines

Patient	Age	Sexe	Ancienneté	Fréquence	Traitement de fond	Traitement de crise
1	21	F	3 ans	3/semaine	NON	codéine
2	42	F	20 ans	1/semaine	NON	AINS, triptan
3	48	F	30 ans	2/mois	NON	triptan, codéine, lamaline
4	19	M	7 ans	1/an	NON	paracétamol, AINS
5	39	F	33 ans	1/mois	NON	triptan
6	38	F	30 ans	2/mois	NON	AINS
7	28	F	7 ans	1/semaine	NON	AINS
8	42	M	25 ans	3/an	NON	AINS
9	47	F	27 ans	1/trimestre	NON	paracétamol, codéine, lamaline
10	79	M	70 ans	1/mois	NON	paracétamol
11	47	F	27 ans	variable	NON	tramadol, paracétamol, AINS
12	40	F	30 ans	variable	NON	paracétamol, anxiolytique

Patient	EN	HAD		HIT-6	PBPI			
		Anxiété	Dépression		Mystère	Pérennité	Culpabilité	Constance
1	6/10	9	4	62	1	-4	-3	-6
2	9/10	8	9	66	7	1	-6	-6
3	7/10	7	0	67	0	-7	-6	-2
4	6/10	4	2	44	7	-2	1	-8
5	8/10	4	1	59	-8	-2	-6	-7
6	5/10	7	4	59	-3	-1	-6	-2
7	8/10	7	5	64	-8	-5	-3	-3
8	8/10	6	1	58	1	-3	-6	-7
9	9/10	5	1	61	3	3	-6	-5
10	10/10	7	1	70	3	-3	-1	2
11	8/10	16	9	65	3	0	-6	-2
12	10/10	11	5	72	2	4	-5	-5

ABREVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
DERMG	Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
EN	Echelle Numérique
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HIT	Headache Impact Test
IHS	International Headache Society
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PBPI	Pain Beliefs and Perception Inventory
SFETD	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Recommandation d'octobre 2002. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques.
2. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A. M., Imbert P., Letrilliart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
3. Baszanger I. Aspect sociologique. Gérer la migraine : expérience, savoir et information des malades. La migraine, connaissances descriptives, traitements et prévention. Expertise collective, INSERM novembre 1998 : 251-263.
4. Dany L., Roussel P., Carayon S., Blois S., Apostolidis T. Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur, le PBPI. Pratiques psychologiques 2009 ; 15 : 387-404.
5. De Diego E., Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by headache impact test (HIT). Cephalalgia 2005 ; 25 : 184-190.
6. Duru G., Auray J.P., Gaudin A.F., Dartigues J.F., Henry P., Lanteri-Minet M., El Hasnaoui A. Impact of headache on quality of life in a general population survey in France (GRIM2000 Study). Headache 2004 ; 44 : 571-580.
7. Fabre N., Nachit-Ouinekh F., Becq J.P., Chastan G., Sénard J.M., El Hasnaoui A. Migraine in general practice. A french multicenter study. Rev Neurol (Paris) 2005 ; 161 : 949-56.
8. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Revue du praticien 2011.
9. Gandek J., Alacoque V., Uzun V., Andrew-Hobbs M., Davis K. Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries : methodological and conceptual issues. Qual Life Res 2003 ; 12 : 975-979.

10. Goadsby PJ, Charbit AR, Andreou AP, Akerman S, Holland PR. Neurobiology of migraine. *Neurosciences* 2009 ; 161 : 327-41.
11. HAS. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Synthèse des recommandations professionnelles de décembre 2008.
12. Headache Classification Committee of the International headache Society. International Classification of headache disorders. 3rd (Béta version) *Cephalalgia* 2013 ; 33 : 629-808.
13. Henry P., Auray J.P., Gaudin A.F., Dartigues J.F., Duru G., Lanteri-Minet M., Lucas C., Pradalier A., Chazot G., El Hasnaoui A. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002 ; 59 : 232-237.
14. Kosinski M., Bayliss M.S., Bjorner J.B. A six-items short-form survey for measuring headache impact : the HIT-6. *Qual Life Res* 2003 ; 12 : 963-974.
15. Lanteri-Minet M., Valade D., Geraud G., Chautard M.H., Lucas C. Migraine and probable migraine- results of FRAMIG 3, a french nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia* 2005 ; 25 : 1145-58.
16. Lantéri-Minet M., Radat F., Chautard M.H., Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine : influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain*. 2005 ; 118 : 319-26.
17. Lantéri-Minet M. Clinical use of triptans in the management of migraine. *CNS Drugs*. 2006 ; 20 :12-23.
18. Lantéri-Minet M. The role of general practitioners in migraine management. *Cephalalgia* 2008 ; 28 : 1-8.
19. Lanteri-Minet M., Valade D., Geraud G., Lucas C., Donnet A., Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. *Rev Neurol (Paris)* 2013 ; 169 : 14-29.
20. Lépine J.P., Godchau M., Brun P., Lempérière T.H. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol* 1985 ; 143 : 175-89.

21. Lucas C., Chaffaut C., Artaz M.A., Lantéri-Minet M. FRAMIG 2000 : medical and therapeutic management of migraine in France. *Cephalalgia* 2004 ; 25 : 267–279.
22. Lucas C., Géraud G., Valade D., Chautard M.H., Lantéri-Minet M. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey. *Headache* 2006 ; 46 : 715–25.
23. Radat F., Koleček M., Foucaud J., Lantéri-Minet M., Lucas C., Massiou H., Nachit-Ouineckh F., El Hasnaoui A. Illness perception of migraineurs from the general population. *Psychol Health* 2013 ; 28 : 384-98.
24. Vos T. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 ; 380 : 2163-96.
25. Ware J.E., Bjorner J.B., Dahlof C. Development for the headache impact test (HIT) using item response theory (IRT). *Cephalalgia* 2000 ; 20 : 309.
26. Weber M., Daures J.P., Fabre N., Druais P.L., Dardenne J., Slama A., El Hasnaoui A. Influence de la connaissance personnelle de la migraine par l'omnipraticien sur la prise en charge de ses patients migraineux. *Revue neurologique* 2002 ; 158 : 439-445.
27. Williams D.A., Thorn B.E. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* 1989 ; 36 :351-358.
28. Williams D.A., Robinson M.E., Geisser M.E. Pain beliefs : assessment and utility. *Pain* 1994 ; 59 : 71-78.
29. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67 : 361-70.

Le Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples
et devant l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et
n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma
langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre
les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*